

DESIGNAZIONE BENEFICIARIO

DATI ANAGRAFICI DELL'ISCRITTO

Cognome										Nome									
Codice Fiscale															Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Nato a					Prov.					Stato					il				
Residente a															Prov.				
Via/Piazza										Num.					Cap				
Telefono fisso					Cellulare					e-mail									

SCelta SULLA DESIGNAZIONE

Il sottoscritto, DESIGNA quali beneficiari della prestazione previdenziale in caso di premorienza i seguenti.

BENEFICIARIO N°1

Percentuale di Beneficio: _____%										<input type="checkbox"/> Persona fisica					<input type="checkbox"/> Persona giuridica				
Cognome/Ragione sociale										Nome									
Codice Fiscale/P. Iva															Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Nato a					Prov.					Stato					il				
Residente a															Prov.				
Via/Piazza										Num.					Cap				
Telefono fisso					Cellulare					e-mail									

BENEFICIARIO N°2

Percentuale di Beneficio: _____%										<input type="checkbox"/> Persona fisica					<input type="checkbox"/> Persona giuridica				
Cognome/Ragione sociale										Nome									
Codice Fiscale/P. Iva															Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Nato a					Prov.					Stato					il				
Residente a															Prov.				
Via/Piazza										Num.					Cap				
Telefono fisso					Cellulare					e-mail									

BENEFICIARIO N°3

Percentuale di Beneficio: _____%		<input type="checkbox"/> Persona fisica		<input type="checkbox"/> Persona giuridica			
Cognome/Ragione sociale				Nome			
Codice Fiscale/P. Iva						Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nato a		Prov.		Stato		il	
Residente a				Prov.			
Via/Piazza				Num.		Cap	
Telefono fisso		Cellulare		e-mail			



Per l'indicazione della percentuale di beneficio da assegnare ad ogni beneficiario si leggano le istruzioni.
CONFERMO di aver preso visione delle istruzioni sotto riportate e delle conseguenze derivanti dalla compilazione del presente modulo.

Data _____

Firma dell'aderente _____



IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E INVIATO PER POSTA IN ORIGINALE a Fondo Pensione PREVIDENZA COOPERATIVA



PER POSTA

Via Carlo Bartolomeo Piazza, 8 00161 Roma

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

designazione beneficiario

L'attuale normativa (art. 14, c.3, D.Lgs. 252/05) prevede che:

"In caso di morte dell'aderente ad una forma pensionistica complementare prima della maturazione del diritto alla prestazione pensionistica l'intera posizione individuale maturata è riscattata dagli eredi ovvero dai diversi beneficiari dallo stesso designati, siano essi persone fisiche o giuridiche."

In base agli orientamenti interpretativi Covip del 15 luglio 2008, nel caso in cui l'iscritto indichi un beneficiario, tale designazione avrà prevalenza rispetto ai soggetti individuati dalle disposizioni del codice civile in materia di successione. Il criterio di ripartizione tra gli aventi titolo è quello definito dall'iscritto designante. In mancanza di indicazioni la posizione sarà ripartita in parti uguali tra gli aventi titolo.

In mancanza di designazione dei beneficiari, la posizione previdenziale viene riscattata in parti uguali dagli eredi dell'iscritto deceduto individuati dalle norme del codice civile in tema di successione.

DATI ANAGRAFICI

Indica correttamente tutti i dati richiesti.

BENEFICIARI

È possibile indicare uno o più beneficiari del riscatto, precisando nella casella "Percentuale di beneficio", la percentuale che si intende attribuire a ciascuno di essi. In caso di mancata compilazione della casella "Percentuale di beneficio", la posizione individuale riscattata verrà ripartita in parti uguali tra tutti i beneficiari indicati. Qualora si voglia designare più beneficiari in via alternativa tra di loro le percentuali di beneficio indicate saranno per ciascuno pari al 100% della posizione accumulata (il beneficiario n.2 subentra in caso di decesso del beneficiario n.1° o di sua esplicita rinuncia e così via).

Se il beneficiario designato non è una persona fisica, riportare la sua denominazione in corrispondenza del campo "cognome" e compilare gli altri campi solo se pertinenti.

DOCUMENTI DA ALLEGARE



Copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale dell'aderente e del/i beneficiario/i designato

AVVERTENZE



La presente designazione annulla e sostituisce ogni eventuale precedente designazione effettuata dall'iscritto.

La designazione effettuata non sarà più valida in caso di trasferimento ad altro fondo pensione.

Si ricorda che in assenza di eredi e in assenza di beneficiari designati la posizione resterà acquisita al fondo pensione previa decorrenza del termine prescrizione di 10 anni.

L'incompleta compilazione del presente modulo, la mancata sottoscrizione dello stesso o l'assenza della documentazione richiesta comportano l'automatico rigetto della designazione. Parimenti non sono ritenute efficaci designazioni pervenute a mezzo fax o a mezzo posta elettronica non certificata.

Il presente modulo, con copia di un documento di identità valido e codice fiscale dell'iscritto e del/i beneficiario/i designato/i, deve essere inviato IN ORIGINALE al seguente indirizzo Via Carlo Bartolomeo Piazza, 8 00161 Roma

PER INFORMAZIONI CHIAMARE



199 280909

Il costo del servizio legato al numero 199 28 09 09 è paragonabile, per chi chiama da rete fissa, a quello di una chiamata urbana:

- da rete fissa 2,4 centesimi di euro al minuto e di 6 centesimi di euro alla risposta (iva inclusa);
- da rete mobile di 15 centesimi di euro alla risposta, per la conversazione dipende dal gestore di appartenenza (iva inclusa)